Meningkatkan Komitmen, Membangun Sinergi

Akses Universal
dan
Hak Asasi Manusia

Meningkatkan Komitmen, Membangun Sinergi

Didukung oleh :

Pengantar

Perkembangan epidemi HIV di Indonesia termasuk yang tercepat di kawasan Asia. Berdasarkan hasil pemodelan epidemi, Indonesia pada tahun 2014 akan mempunyai dua kali jumlah orang yang hidup dengan HIV dan AIDS dibanding tahun 2008 (dari 277.700 menjadi 501.400). Ini dapat terjadi bila tidak ada perubahan yang bermakna dari upaya penanggulangan HIV dan AIDS dalam kurun waktu tersebut.

Perkembangan tersebut akan sangat berpengaruh bagi setiap individu di samping juga akan berpengaruh terhadap kesehatan, ekonomi dan tatanan sosial di Indonesia. Oleh karena itu, HIV dan AIDS merupakan ancaman dalam pembangunan nasional dan tantangan dalam upaya pencapaian *Millenium Development Goals* (MDGs).

Tujuan MDGs untuk HIV dan AIDS adalah menghentikan laju penularan serta membalikkan kecenderungannya pada 2015. Saat ini, kita belum dapat mengatakan telah melakukan dua hal tersebut karena di hampir semua daerah di Indonesia, infeksi HIV masih terus meningkat.

Komisi Penanggulangan AIDS Nasional (KPAN) telah menyusun Strategi dan Rencana Aksi Nasional (SRAN) Penanggulangan HIV dan AIDS 2010 - 2014 yang merupakan kelanjutan dari Strategi Nasional (Stranas) dan Rencana Aksi Nasional (RAN) Penanggulangan HIV dan AIDS Tahun 2007 - 2010. Dalam SRAN, ditetapkan satu skenario untuk dapat menahan laju epidemi HIV di Indonesia, yaitu dicapainya *Akses Universal* pada akhir tahun 2014.

Akses Universal dan Hak Asasi Manusia merupakan tema utama peringatan Hari AIDS Sedunia (HAS) tahun 2009. Akses Universal mencakup berbagai aspek baik aspek informasi, pencegahan, maupun aspek pengobatan. Artinya, bahwa semua warga masyarakat dari berbagai latar belakang ekonomi, budaya, tempat tinggal harus mendapatkan akses informasi HIV dan AIDS yang sama, akses pencegahan yang sama serta akses pengobatan yang sama. Untuk mewujudkan hal tersebut diperlukan adanya kerjasama antara masyarakat dan pemerintah.

Ikatan Ahli Kesehatan Masyarakat Indonesia (IAKMI) sebagai *civil society*/masyarakat madani anggota KPAN dari unsur organisasi profesi telah berkomitmen untuk berperan-serta menahan laju epidemi HIV di Indonesia, melalui pengembangan perencanaan strategis baik di tingkat nasional maupun daerah. Booklet ini dibuat IAKMI sebagai koordinator nasional peringatan HAS 2009 untuk menggugah kesadaran bersama tentang arti penting penanggulangan HIV dan AIDS dalam pembangunan, serta meningkatkan komitmen kita untuk membangun sinergi antara masyarakat, pemerintah, populasi kunci, dan mitra lainnya dalam mencapai Akses Universal. Booklet ini akan menjadi landasan rencana aksi IAKMI, masyarakat sipil dan pemerintah dalam mengembangkan perencanaan strategis penanggulangan HIV dan AIDS. Tenaga ahli dalam penyusunan rencana strategis tersebut telah disiapkan di seluruh Indonesia.

Millennium Development Goals

Millennium Development Goals (MDGs) atau Tujuan Pembangunan Milenium adalah upaya untuk memenuhi hak-hak dasar kebutuhan manusia melalui komitmen internasional yang diikuti 189 negara anggota PBB untuk melaksanakan delapan tujuan pembangunan: (1) menanggulangi kemiskinan dan kelaparan; (2) mencapai pendidikan dasar untuk semua; (3) mendorong kesetaraan gender dan pemberdayaan perempuan; (4) menurunkan angka kematian anak (5) meningkatkan kesehatan ibu; (6) memerangi penyebaran HIV/AIDS, malaria dan penyakit menular lain; (7) kelestarian lingkungan hidup; serta (8) membangun kemitraan global dalam pembangunan. Indonesia merupakan salah satu negara yang ikut melaksanakan komitmen tersebut dalam upaya mensejahterakan rakyat.

Akses Universal

Akses Universal adalah akses untuk semua orang di seluruh dunia dalam memperoleh edukasi, konseling, dukungan, perawatan dan pelayanan kesehatan (termasuk obat) dengan demikian mampu: (I) mencegah penularan HIV; (II) mendukung ODHA, keluarga/ yang merawat sehingga mampu hidup lebih lama dan memperlambat penyakit-penyakit terkait dengan AIDS; (III) membantu keluarga ODHA mengurangi efek kesakitan dan kematian di keluarga maupun di masyarakat.

Dampak Epidemi HIV Terhadap Pembangunan

Epidemi HIV merupakan ancaman dalam pembangunan nasional dan pencapaian Millennium Development Goals.

Epidemi HIV meningkatkan tingkat kesakitan dan menyebabkan kematian penduduk usia muda. Peningkatan jumlah kasus HIV dan AIDS akan meningkatkan kebutuhan terhadap layanan kesehatan serta menambah beban kesehatan masyarakat yang sudah kelebihan beban. Epidemi HIV juga dapat merusak tatanan sosial ekonomi dimana keluarga dapat kehilangan pencari nafkah, biaya pengobatan meningkat, banyaknya yatim-piatu dan rumah tangga jatuh dalam kemiskinan.

Fakta Terkini HIV & AIDS

Kumulatif Kasus AIDS	18.442
ODHA Meninggal	3.708
Kasus AIDS Menurut Kelompok Umur	
<15 tahun	2,55%
15-19 tahun	2,99%
20-29 tahun	49,57%
30-39 tahun	29,84%
40-49 tahun	8,71%
>49 tahun	2,98%
Tidak diketahui	3,36%
Infeksi Oportunistik	
- Tuberkulosis	9.849
- Diare kronik	5.477
- Kandidiasis oro-faringeal	5.395
- Dermatitis generalisata	1.406
- Limfadenopati generalisata persisten	667
Cakupan ARV	60%

Sumber: Departemen Kesehatan Ditjen Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan (Data s/d September 2009)

Menurut UNAIDS, Indonesia termasuk negara dengan peningkatan infeksi baru HIV tercepat di Asia. Jumlah populasi dewasa (15-49 tahun) terinfeksi HIV di Indonesia tahun 2006 diperkirakan 193 ribu orang. Jika tidak ada upaya penanggulangan yang efektif, infeksi baru HIV pada populasi dewasa ini diproyeksikan sebanyak 501.400 orang pada tahun 2014.

Pada akhir September 2009, dilaporkan sejumlah 18.442 kasus AIDS, meningkat dibanding tahun 2008 (16.110) dan tahun 2007 (11.141). Dari kasus AIDS yang dilaporkan, 88 persen merupakan penduduk usia produktif (20-49 tahun).

Orang terinfeksi HIV akan lebih rentan terhadap infeksi oportunistik.

Tuberkulosis merupakan infeksi yang paling banyak dilaporkan dan merupakan penyebab utama kematian ODHA di Indonesia dan di seluruh dunia.

Infeksi oportunistik lain yang dilaporkan adalah diare kronis, infeksi jamur (kandidiasis), kelainan kulit (dermatitis) dan pembesaran kelenjar getah bening (limfadenopati).

Peningkatan jumlah infeksi HIV akan meningkatkan kebutuhan layanan dan menambah biaya kesehatan terutama layanan terhadap

Estimasi Jumlah ODHA, Infeksi Baru HIV, Kematian AIDS dan Kebutuhan ART Pada Populasi Usia 15-49 Tahun di Indonesia

	2010	2011	2012	2013	2014
ODHA Usia 15-49 Tahun	349.100	386.300	421.100	477.900	501.400
Infeksi Baru HIV	55.700	62.600	63.200	66.600	79.200
Kematian AIDS	16.800	20.500	25.200	29.300	32.900
Kebutuhan ART	50,400	60.300	69.900	78.400	86.800

Sumber: Depkes (2008) Pemodelan Matematika Epidemi HIV di Indonesia Tahun 2008-2014

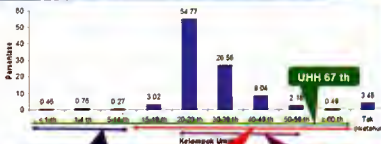
masyarakat miskin. Kebutuhan pengobatan *antiretroviral therapy* (ART) untuk populasi usia 15-49 tahun meningkat dari 30.100 pada tahun 2008, meningkat menjadi hampir tiga kali lipat pada tahun 2014.

Dampak ini akan meluas ke aspek kehidupan lainnya di mana keluarga akan menggunakan dana mereka yang terbatas untuk pengobatan dan perawatan anggota keluarga yang terinfeksi.

Jumlah kematian terkait AIDS juga terus meningkat. Pada akhir tahun 2008, dilaporkan ODHA yang meninggal sebanyak 3.362 orang, meningkat menjadi 3.708 orang pada September 2009.

Departemen Kesehatan memperkirakan kematian terkait AIDS pada tahun 2009 sekitar 11.200. Jika cakupan ART antara tahun 2009-2014 sama dengan cakupan tahun 2008, jumlah kematian akan meningkat menjadi 32.900 pada tahun 2014.

Dengan meningkatnya kematian ODHA, akan ada banyak keluarga kehilangan pencari nafkah dan anak yatim-piatu sehingga banyak pula rumah tangga yang jatuh dalam kemiskinan.

Secara makro, epidemi HIV juga menyebabkan turunnya Umur Harapan Hidup (UHH) penduduk dan Indeks Pembangunan Manusia (IPM).

Strategi Penanggulangan HIV dan AIDS

Pencapaian sasaran Akses Universal merupakan kunci keberhasilan untuk menahan laju epidemi HIV.

Semua negara harus mampu menghentikan dan membalikkan penyebaran epidemi HIV pada tahun 2015, termasuk sasaran Akses Universal pada 2010, yang mensyaratkan semua orang yang memerlukan pengobatan dapat memperolehnya, serta memperkuat sistem pelayanan kesehatan setiap negara dalam mengupayakan penanggulangan dan pelayanan yang efektif.

Populasi kunci: Kelompok populasi yang menentukan keberhasilan program pencegahan dan pengobatan, sehingga mereka perlu ikut aktif berperan dalam penanggulangan HIV dan AIDS, baik bagi dirinya maupun orang lain. Populasi ini adalah (1) Orang-orang berisiko tertular atau rawan tertular karena perilaku seksual berisiko yang tidak terlindung, bertukar alat suntik tidak steril; (2) Orang-orang yang rentan adalah orang yang karena pekerjaan, lingkungannya rentan terhadap penularan HIV, seperti buruh migran, pengungsi dan kalangan muda berisiko; dan (3) ODHA yaitu orang yang sudah terinfeksi HIV.

Tujuan MDGs untuk HIV dan AIDS adalah menghentikan laju penularan serta membalikkan kecenderungannya pada 2015.

Sejalan dengan MDGs, Komisi Penanggulangan AIDS Nasional (KPAN) telah menyusun Strategi dan Rencana Aksi Nasional Penanggulangan HIV dan AIDS Tahun 2010 2014 (SRAN) yang menetapkan untuk mencapai sasaran Akses Universal pada tahun 2014.

Dalam konteks penanggulangan HIV dan AIDS, Akses Universal didefinisikan: *"semua (minimal 80%) populasi kunci yang membutuhkan mempunyai akses ke pelayanan pencegahan, perawatan, dukungan dan pengobatan."*

Akses pada pelayanan pencegahan dibutuhkan populasi kunci agar mereka mengetahui informasi mencegah tertular HIV, mampu menilai risiko, mengetahui cara mengakses kondom dan alat suntik steril, layanan VCT dan IMS serta perawatan, dukungan dan pengobatan.

Akses pada pelayanan ART bagi ODHA yang membutuhkan agar mereka mempunyai akses untuk mendapatkan ARV, pengobatan infeksi oportunistik dan kebutuhan perawatan serta dukungan lainnya.

Dengan layanan pencegahan dan pengobatan efektif, diharapkan sedikitnya 60% populasi kunci menjalankan perilaku aman.

Upaya penanggulangan HIV dan AIDS ditujukan untuk mencegah dan mengurangi risiko penularan HIV, meningkatkan kualitas hidup ODHA, serta mengurangi dampak sosial dan ekonomi akibat HIV dan AIDS pada

individu, keluarga dan masyarakat, agar setiap individu menjadi produktif dan bermanfaat untuk pembangunan. Pencegahan infeksi baru HIV di populasi kunci merupakan strategi utama untuk dapat menahan laju epidemi HIV.

Sasaran SRAN: *"Mencegah 294 ribu infeksi baru HIV pada akhir tahun 2015"*

Untuk mencapai tujuan dan sasaran tersebut, ditetapkan strategi utama penanggulangan HIV dan AIDS. Strategi tersebut dilaksanakan melalui empat fokus area program: (1) pencegahan; (2) pengobatan, dukungan dan perawatan; (3) mitigasi dampak; dan (4) lingkungan kondusif.

Pencegahan

- *Terjangkaunya 80% populasi kunci oleh program pencegahan komprehensif yang efektif untuk perubahan perilaku.*
- *Tercapainya perubahan perilaku untuk mencegah penularan HIV, yaitu peningkatan penggunaan kondom pada setiap hubungan seks tidak aman menjadi 60% dan penggunaan alat suntik steril menjadi 60%.*

Pengobatan, Dukungan dan Perawatan

- *Tersedianya pelayanan komprehensif dimana semua ODHA yang memenuhi syarat dapat menerima ARV, pengobatan, perawatan dan dukungan yang manusiawi, tanpa diskriminasi dan profesional, serta didukung oleh sistem rujukan dan pembinaan serta pengawasan yang memadai.*
- *Semua ibu hamil HIV positif dan anak yang dilahirkan menerima ARV profilaksis.*

Mitigasi Dampak Epidemi

- *Semua ODHA dan orang-orang yang terdampak oleh HIV dan AIDS terutama anak yatim piatu dan janda yang miskin mempunyai akses terhadap dukungan sosial dan ekonomi.*

Lingkungan Kondusif

- *Terciptanya lingkungan yang memberdayakan, dimana masyarakat sipil berperan secara bermakna dan hilangnya stigma dan diskriminasi terhadap ODHA dan orang-orang yang rawan tertular dan populasi kunci yang terdampak oleh HIV dan AIDS. Perubahan ini perlu diukur sejauh mana kondisi ini sudah membaik terhadap orang yang terinfeksi HIV dan populasi kunci.*
- *Meningkatnya komitmen pemerintah dan anggaran dalam negeri untuk upaya penanggulangan HIV dan AIDS secara berkesinambungan.*

Strategi ini memerlukan peran aktif multipihak baik pemerintah maupun masyarakat termasuk mereka yang terinfeksi dan terdampak untuk mencapai sasaran Akses Universal.

Strategi Utama Penanggulangan HIV dan AIDS (SRAN 2010-2014)

1. Meningkatkan dan memperluas cakupan pencegahan:
   a. Pencegahan penularan melalui alat suntik
   b. Pencegahan penularan melalui hubungan seksual tidak aman
   c. Pengembangan program yang komprehensif untuk populasi lelaki seks dengan lelaki
   d. Pencegahan penuleran melalui ibu ke bayi
2. Meningkatkan dan memperluas cakupan perawatan, dukungan dan pengobatan
3. Mengurangi dampak negatif dari epidemi dengan meningkatkan akses program mitigasi sosial bagi mereka yang memerlukan
4. Penguatan kamitraan, sistem kesehatan dan sistem masyarakat
5. Meningkatkan koordinasi antara para pemangku kepentingan dan mobilisasi penggunaan sumber dana di semua tingkatan
6. Intervensi struktural
7. Penerapan perencanaan, prioritas dan implementasi program berbasis data

Kerjasama dan Komitmen Multipihak

Kerja sama dan komitmen multipihak mempercepat pencapaian Akses Universal

Cakupan program meningkat, namun belum mencapai target cakupan 80% dan perubahan perilaku pada populasi kunci. Untuk dapat memenuhi Akses Universal, diperlukan kerjasama dan komitmen semua pihak untuk menempatkan upaya penanggulangan HIV dan AIDS sebagai bagian dari kegiatan pembangunan di Indonesia. Kerja sama dan komitmen tersebut akan dapat mempercepat pencapaian akses informasi, pencegahan dan pengobatan bagi mereka yang membutuhkan.

Berbagai upaya penanggulangan epidemi HIV sudah dilakukan, namun keseriusan upaya tersebut belum tercermin dalam perencanaan dan penganggaran pemerintah. Keterbatasan dana yang dianggarkan untuk HIV dan AIDS baik di tingkat pusat maupun daerah, menjadi kendala utama dalam upaya penanggulangan HIV dan AIDS.

Dari perkiraan kebutuhan dana sekitar Rp 1,5 triliun (tahun 2008), dukungan dana pemerintah baik melalui APBN maupun APBD baru dapat memenuhi sekitar 41 persen saja. Sekitar 40 persen dana penanggulangan AIDS, dipenuhi oleh donor luar negeri yang sifatnya sementara dan tidak berkesinambungan. Dan masih ada sekitar 19 persen lainnya yang belum dapat terpenuhi.

Kendala lain, masih belum adanya prioritas terhadap masalah HIV dan AIDS, belum adanya kesamaan persepsi dalam merespon masalah HIV dan AIDS, belum optimalnya mekanisme koordinasi dalam perencanaan serta belum optimalnya dukungan implementasi dari berbagai pihak.

Menyikapi kendala tersebut, Bappenas dan Komisi Penanggulangan AIDS Nasional menyelenggarakan Lokakarya Nasional Perencanaan dan Penganggaran Penanggulangan HIV dan AIDS pada tanggal 12 Maret 2008. Lokakarya nasional ini dihadiri oleh seluruh sektor terkait, LSM dan

Penanggulangan HIV & AIDS Masih Bergantung pada Donor:

"Kita tahu bahwa bantuan ini dapat berhenti sewaktu-waktu karena berbagai sebab. Oleh karena itu, sudah saatnya kita memikirkan bersama-sama bagaimana mengurangi ketergantungan ini dan meningkatkan pendanaan sendiri, termasuk meningkatkan peran masyarakat dan dunia usaha." Paskah Suzetta (Kepala Bappenas) pada Lokakarya Nasional Perencanaan dan Penganggaran Penanggulangan HIV dan AIDS, Jakarta 12 Maret 2008

pemerhati HIV dan AIDS, perguruan tinggi, perwakilan 33 provinsi (Komisi E DPRD, Bappeda dan KPA Provinsi)

Dari lokakarya nasional ini dihasilkan rumusan pemikiran tentang: (1) integrasi program HIV dan AIDS dalam perencanaan pembangunan; (2) peningkatan anggaran; dan (3) penguatan kelembagaan.

Perencanaan dan Penganggaran Penanggulangan HIV dan AIDS

Integrasi Program HIV dan AIDS dalam Perencanaan Pembangunan

Selama ini proses perencanaan program HIV dan AIDS masih terpisah dari proses perencanaan pembangunan. Untuk itu, perlu dibangun kerjasama dan komitmen dalam:

- menterjemahkan strategi dan rencana aksi nasional penanggulangan HIV dan AIDS ke dalam perencanaan strategis nasional dan daerah (RPJMN, RPJMD, Renstra Sektor, Renstrada)
- merumuskan rencana aksi atau rencana kerja penanggulangan HIV dan AIDS ke dalam dokumen perencanaan sektor di pusat dan di daerah
- mengembangkan program dan rencana pembiayaan penanggulangan HIV dan AIDS berdasarkan tugas pokok dan fungsi masing-masing sektor

Peningkatan Anggaran

Dalam rangka mendukung upaya penanggulangan HIV dan AIDS, perlu ditingkatkan komitmen dalam:

- meningkatkan anggaran penanggulangan HIV dan AIDS (APBN dan APBD)
- menggalang bantuan dan dana hibah dari berbagai sumber, dengan terus mengurangi ketergantungan pada donor
- mobilisasi para pihak untuk menjamin kebijakan terhadap pembiayaan penanggulangan HIV dan AIDS
- memastikan ketersediaan dana penanggulangan HIV dan AIDS di tingkat pusat dan daerah, melalui surat edaran menkokesra kepada kementerian lembaga terkait dan surat edaran menteri dalam negeri kepada pimpinan daerah setempat;
- memastikan mata anggaran khusus bagi penanggulangan HIV dan AIDS.

Penguatan Kelembagaan

Dalam rangka mendukung integrasi program HIV dan AIDS ke dalam perencanaan pembangunan, perlu dilakukan:

- revitalisasi KPA di berbagai tingkatan yang mengacu pada Perpres 75/2006 dan Permendagri 20/2007
- pembentukan dan penyelenggaraan forum perencanaan dan penganggaran penanggulangan HIV dan AIDS di tingkat pusat dan daerah
- peningkatan kemampuan perencanaan dan advokasi KPA dan lembaga teknis
- penyusunan peraturan dan infrastruktur pendukung
- penguatan kapasitas dam sistem monitoring dan evaluasi

Membangun Kerjasama dan Komitmen Multipihak

Kapasitas dan anggaran pemerintah sangat terbatas, oleh karena itu pemerintah perlu membangun kerjasama dengan sektor swasta, mitra internasional, masyarakat sipil, dan populasi kunci dalam upaya penanggulangan HIV dan AIDS.

Mitra internasional
Skema kerjasama antara pemerintah dan mitra internasional (bantuan teknis dan dana hibah) diarahkan untuk:

- mendukung perluasan dan peningkatan layanan pencegahan, pengobatan dan perawatan menuju pencapaian Akses Universal
- mendukung pengembangan kebijakan dan program yang efektif dan efisien
- mendorong inisiatif dan inovasi masyarakat sipil dan populasi kunci dalam intervensi perubahan perilaku
- mendukung pembiayaan program pada awal tahun manakala anggaran pemerintah belum cair

Sektor swasta
Kerjasama antara pemerintah dan sektor swasta untuk:

- mendukung pelaksanaan intervensi perubahan perilaku dan penyediaan layanan pencegahan
- mendorong inisiatif dan inovasi masyarakat sipil dan populasi kunci dalam intervensi perubahan perilaku
- meningkatkan upaya-upaya pemberdayaan masyarakat sipil dan populasi kunci

Masyarakat sipil
Masyarakat sipil adalah perhimpunan warga (selain keluarga, teman dan rekan kerja) yang bergabung secara sukarela untuk menyalurkan minat, gagasan dan keyakinan mereka. Istilah ini tidak termasuk usaha mencari untung (sektor swasta) atau sektor pemerintah. Dalam hal ini yang dimaksud oleh PBB adalah organisasi masyarakat (seperti organisasi-organisasi petani, wanita atau pensiunan), organisasi pekerja, perhimpunan profesi, gerakan sosial, organisasi pribumi, organisasi keagamaan dan kepercayaan serta akademisi dan lembaga swadaya masyarakat. Orang-orang dan kelompok masyarakat yang penting untuk berperan aktif dalam penanggulangan HIV dan AIDS.

Kerjasama dengan masyarakat sipil difokuskan pada:

- upaya-upaya peningkatan kesadaran masyarakat untuk mencegah infeksi HIV dan mengurangi dampak epidemi
- advokasi kebijakan dan program untuk perluasan akses layanan pencegahan, pengobatan dan perawatan
- upaya-upaya pengurangan stigma dan diskriminasi

Populasi kunci
Populasi kunci adalah kelompok populasi yang menentukan keberhasilan program pencegahan dan pengobatan, sehingga mereka perlu ikut aktif berperan dalam penanggulangan HIV dan AIDS, baik bagi dirinya maupun orang lain.

Populasi ini adalah: (1) Orang-orang berisiko tertular atau rawan tertular karena perilaku seksual berisiko yang tidak terlindung, bertukar alat suntik tidak steril; (2) Orang-orang yang rentan adalah orang yang karena pekerjaan, lingkungannya rentan terhadap penularan HIV, seperti buruh migran, pengungsi dan kalangan muda berisiko; dan (3) ODHA yaitu orang yang sudah terinfeksi HIV.

Kerjasama yang dikembangkan dengan populasi kunci fokus pada:

- peningkatan kesadaran untuk mencegah penularan HIV dan mengurangi risiko tertular bagi diri sendiri dan orang lain
- memberikan masukan tentang isu-isu penting dan kebutuhan serta intervensi yang sesuai meningkatkan kemandirian dan pemberdayaan dalam mendapatkan akses ■

Referensi

Departemen Kesehatan dan Komisi Penanggulangan AIDS Nasional (2006). Estimasi Populasi Rawan dan Orang Dengan HIV dan AIDS Tahun 2006. Departemen Kesehatan, Jakarta

Departemen Kesehatan (2008). Pemodelan Matematika Epidemi HIV di Indonesia Tahun 2008 - 2014. Depkes, Jakarta

Departemen Kesehatan (2009). Laporan Triwulan Situasi Perkembangan HIV dan AIDS di Indonesia s/d 30 September 2009. Depkes Ditjen PP & PL, Jakarta

Komisi Penanggulangan AIDS Nasional (2007). Strategi Nasional Penanggulangan HIV dan AIDS Tahun 2007 - 2010. KPAN, Jakarta

Komisi Penanggulangan AIDS Nasional (2007). Rencana Aksi Nasional Penanggulangan HIV dan AIDS Tahun 2007 - 2010. KPAN, Jakarta

Komisi Penanggulangan AIDS Nasional (2009). Strategi dan Rencana Aksi Nasional Penanggulangan HIV dan AIDS Tahun 2010 - 2014. KPAN, Jakarta

Komisi Penanggulangan AIDS Nasional. Mid-Term Review Strategi Nasional dan Rencana Aksi Nasional 2007 - 2010 (Draft Agustus 2009). KPAN, Jakarta

UNAIDS Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (2000). Report on the Global HIV/AIDS Epidemic. Geneva

World Bank (2004). Addressing HIV/AIDS in East Asia and the Pacific. Human Development Network. Health, Nutrition and Population Series. World Bank, Washington DC

Sekilas tentang IAKMI

IAKMI adalah singkatan dari Ikatan Ahli Kesehatan Masyarakat Indonesia *(the Indonesian Public Health Association)*, suatu organisasi profesi yang bergerak dalam bidang kesehatan masyarakat, tidak mencari keuntungan, organisasi yang independent dan bersifat multidisipliner, berdasarkan Pancasila dan Undang Undang Dasar 1945.

IAKMI didirikan tanggal 22 Februari 1971, dengan maksud dan tujuan untuk:

1. Turut dalam pengembangan ilmu pengetahuan dalam bidang kesehatan masyarakat.
2. Turut dalam peningkatan derajat kesehatan Indonesia khususnya dan umat manusia umumnya
3. Melindungi kepentingan anggota IAKMI dan memberikan peran aktif untuk lebih meningkatkan peranan anggota IAKMI
4. Membantu pemerintah dalam program pembangunan nasional.

IAKMI berupaya untuk:

1. Turut melaksanakan dan mempertinggi mutu pendidikan dan latihan bidang kesehatan masyarakat
2. Melakukan penelitian dan pengembangan bidang kesehatan masyarakat
3. Melaksanakan dan mendorong untuk melakukan pengabdian pada masyarakat pada bidang kesehatan masyarakat
4. Mengadakan dan membina hubungan kerjasama dengan pelbagai instansi dan organisasi yang satu tujuan, pemerintah atau pun swasta, di dalam maupun di luar negeri.

Organisasi IAKMI terdiri dari:

- Pengurus Pusat (PP) dan Badan-Badan Khusus berkedudukan di Jakarta
- Pengurus Daerah (Pengda) berkedudukan di Provinsi. Saat ini terdapat 33 Pengda
- Pengurus Cabang (Pengcab) berkedudukan di Kabupaten/Kota. Saat ini terdapat 97 Pengcab
- Pengurus Komisariat berkedudukan di tingkat Institusi (lembaga pendidikan)

Kekuasaan tertinggi organisasi untuk tingkat nasional adalah Kongres yang dilaksanakan setiap tiga tahun sekali. Kongres Nasional ke-11 akan berlangsung Agustus 2010 di Bandung. Untuk tingkat provinsi/kabupaten/kota dan komisariat dilaksanakan rapat anggota yang juga dilaksanakan setiap tiga tahun sekali.

Keanggotaan IAKMI terbuka untuk seluruh ahli kesehatan masyarakat, yaitu mereka yang karena pendidikan dan pengalaman profesinya memiliki keahlian di bidang kesehatan masyarakat

Keanggotaan IAKMI adalah:

1. Anggota muda, yaitu mereka yang masih menempuh pendidikan dalam suatu lembaga pendidikan yang tinggi di bidang ilmu kesehatan masyarakat dan warga negara Indonesia. Saat ini mereka berhimpun dalam Pergerakan Anggota Muda IAKMI (PAMI).
2. Anggota biasa, yaitu ahli kesehatan masyarakat dan warga negara Indonesia.
3. Anggota luar biasa, yaitu ahli kesehatan masyarakat ataupun warga negara asing yang sedang bekerja di Indonesia dalam bidang kesehatan masyarakat
4. Anggota kehormatan, yaitu mereka yang berjasa dalam bidang kesehatan masyarakat

Pada tahun 1981 IAKMI menjadi anggota *World Federation of Public Health Association* (WFPHA) yaitu suatu organisasi internasional yang bergerak dalam bidang kesehatan masyarakat dan kependudukan di Washington D C. USA.

Berbagai kegiatan yang telah dijalankan IAKMI selama ini adalah: terlibat dalam penyusunan RPJMN 2010 2014 bidang kesehatan; terlibat terhadap penyusunan Sistem Kesehatan Nasional (SKN) 2009; terlibat dalam penyusunan pembangunan wilayah di Indonesia; terlibat dalam *climate change world conference* 2007 dan dilanjutkan sosialisasi perubahan iklim dan dampak terhadap kesmas, *leading institution* bagi berbagai LSM dan pemerintah dalam pengendalian tembakau di Indonesia dengan output berbagai Perda Anti Rokok di Palembang, Pontianak, Samarinda, Bandung, dll; kapasitasi dinas kesehatan provinsi melalui pengurus daerah IAKMI, kapasitasi perguruan tinggi kesmas dalam penelitian dan pengabdian masyarakat; aksi penanggulangan DBD di DKI Jakarta, terlibat dalam penyusunan kebijakan kesehatan termasuk TBC, daerah terpencil, kepulauan, dan perbatasan, desentralisasi, ketenagaan kesehatan, dll.

Pada tahun 1996, IAKMI menjalankan program edukasi, pencegahan HIV, dan pengobatan IMS untuk waria di DKI Jakarta. Berdasarkan Perpres No. 75 tahun 2006 tentang Pembentukan Komisi Penanggulangan AIDS Nasional, IAKMI menjadi salah satu anggota KPAN dan unsur masyarakat madani *(civil society)*. Pada tahun 2009, IAKMI mendapat tugas menjadi Panitia Nasional HAS 2009 dengan acara puncak di Istana Wakil Presiden. Di bulan November 2009, IAKMI didukung KPAN mengadakan Pelatihan Perencanaan Strategis HIV dan AIDS bagi 15 Pengda IAKMI ■

IKATAN AHLI KESEHATAN MASYARAKAT INDONESIA
Gedung Mochtar Lt. 2, Jl. Pegangsaan Timur 16, Cikini, Jakarta Pusat 10320
Telp: 314-5583. E-mail : iakmipusat@yahoo.com. website : www.iakmi.org

IKATAN AHLI KESEHATAN MASYARAKAT INDONESIA
Gedung Mochtar Lt. 2, Jl. Pegangsaan Timur 16,
Cikini, Jakarta Pusat 10320
Telp/fax: (021) 3145583.
Email: iakmipusat@yahoo.com